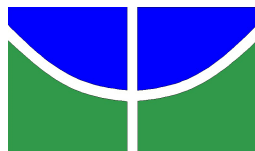


Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva
Trabalho de Conclusão de Curso

Geovanna Leal Costa

**A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA
REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA, DF**

Brasília/DF
2015



Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva
Trabalho de Conclusão de Curso

A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA, DF

Autora: Geovanna Leal Costa

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Universidade de Brasília
como requisito à obtenção do título de
Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Carla Pintas Marques

Brasília/DF
2015

GEOVANNA LEAL COSTA

**A Organização da Rede de Atenção às Urgências na Regional de Saúde de
Ceilândia, DF**

**Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da
Universidade de Brasília, requisito para obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva.**

Banca examinadora:

**Profa. MsC. Carla Pintas Marques
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Orientadora**

**Profa. MsC. Diane Maria Scherer Kuhn Lago
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Avaliadora**

**Profa. Dra. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Avaliadora**

Ceilândia, 8 de julho de 2015.

*Dedico esta minha vitória
primeiramente a Deus, minha fortaleza.*

*E aos meus pais, a base da minha
vida, sem eles nada seria possível.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e Nossa Senhora pelo amor infinito que me fortaleceu e fortalece sempre, especialmente nesta caminhada da graduação. Em todos os momentos desta, foi a minha fé que me fez capaz de seguir em frente. Tenho plena convicção que sou uma filha de Deus muito abençoada. Ao meu Deus toda a honra e toda glória, agora e para sempre!

Obrigada a toda minha família que jamais deixou de acreditar em mim. Agradeço especialmente a minha mãe Cláudia, pelo seu amor incondicional por mim, aquela que nunca me deixou desamparada, que não mediu esforços para o meu sucesso e felicidade. Mãe, sem a senhora nada seria possível, tudo que sou e serei devo a você. Agradeço também ao meu pai Sylvio, pelo seu amor infinito, por todo o apoio, carinho, paciência e a preocupação comigo. Agradeço também o meu irmão, Pedro que está sempre ao meu lado e me incentivando a ser melhor. Obrigada, família! Amo muito todos vocês.

Agradeço com muito amor, meu namorado Felipe que com toda paciência e carinho me ajudou de todas as formas possíveis a chegar até aqui.

O meu muito obrigada a minha amiga Joyce, companheira de graduação. Amiga que compartilhou comigo todos os momentos nestes longos e ao mesmo tempo tão rápidos, cinco anos. Amiga, os nossos caminhos não se encontraram por acaso, com certeza com você foi tudo mais fácil. Amo você!

Os meus sinceros agradecimentos a minha orientadora Carla Pintas, a responsável pelo meu interesse e vontade de seguir em frente com a Saúde Coletiva. Obrigada por sempre ter acreditado no meu potencial e por não ter medido esforços para realização deste trabalho. Agradeço também a todos os meus outros mestres que contribuíram na minha formação. Por fim agradeço a Universidade de Brasília, instituição essa que tenho orgulho em fazer parte!

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde adota uma lógica de organização dos serviços a partir de Redes de Atenção à Saúde, essa visa superar a fragmentação da atenção e da gestão com vistas a assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços que necessita. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo-exploratório que teve como objetivo principal analisar a organização da rede de urgência e emergência da Regional de Ceilândia a partir do pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia no ano de 2014. Foi realizado através da coleta de dados de 730 prontuários de usuários que foram atendidos no pronto socorro do HRC em 2014. Foi possível inferir que a atenção às urgências e emergências da regional de saúde da Ceilândia não está organizada em redes, a atenção primária encontra-se fragilizada, não exercendo seu papel de ordenadora da rede. Os níveis de atenção não se encontram interligados, não seguindo a lógica estabelecida de redes de atenção à saúde.

Palavras-chave: SUS, Redes de Atenção à Saúde, Serviços de Urgência e Emergência, Referência e Contra Referência.

ABSTRACT

The Health System adopts an organizational logic of services from the Health Care Networks, which aims to overcome the fragmentation of care and management in order to ensure the user a set of actions and services that need adequately. It's a quantitative, descriptive and exploratory study that looking for to analyze the organization of the emergency network and emergence of Regional Ceilândia from the emergency room of the Regional Hospital Ceilândia in the year 2014. It was conducted by collecting 730 records of users who were treated at the emergency room of the HRC in 2014. It was possible to infer that the attention to the emergency room and health regional emergencies Ceilândia is not organized in networks, primary care is fragile, not exercising its place of ordinator of the network. The levels of care are not interconnected, not following the logic of established health care networks.

Keywords: SUS, Health Care Networks, Emergency Services and Emergency Reference and counter reference.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CBDF	Corpo de Bombeiros do DF
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CSC	Centro de Saúde de Ceilândia
DF	Distrito Federal
DIRAPS	Diretoria de Atenção a Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
HRT	Hospital Regional de Taguatinga
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RA	Regiões Administrativas
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Redes de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federativa
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribuição do número de usuários por sexo atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.
- Gráfico 2.** Distribuição por local de residência por Unidade Federativa dos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.
- Gráfico 3.** Distribuição por local de residência dos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.
- Gráfico 4.** Distribuição segundo classificação de risco atribuída aos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.
- Gráfico 5.** Distribuição por especialidades médicas buscadas pelos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.
- Gráfico 6.** Distribuição dos procedimentos realizados pelos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.
- Gráfico 7.** Distribuição segundo o meio de transporte utilizado pelos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.
- Gráfico 8.** Distribuição segundo o sistema de referência dos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.
- Gráfico 9.** Distribuição segundo o sistema de contra referência dos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição por faixa etária de usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.
- Tabela 2.** Distribuição dos diagnósticos atribuídos aos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia SES/DF no ano de 2014.
- Tabela 3.** Distribuição do número dos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia pelos Centros de Saúde de referência, segundo local de residência na Ceilândia/DF. 2014.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Mapa de abrangência dos centros de saúde da Ceilândia/DF. 2015.

Sumário

1.Introdução.....	14
2.Objetivos.....	15
2.1.Objetivo Geral.....	15
2.2.Objetivos Específicos.....	15
3.Marco Teórico.....	16
3.1.Rede de Atenção à Saúde.....	16
3.2.Rede de Urgência e Emergência.....	16
3.3. Atenção Primária à Saúde.....	17
3.4.A Regional de Saúde de Ceilândia – DF.....	17
4.1.Tipo de pesquisa.....	18
4.2.Local de estudo.....	18
4.3.População e amostra.....	18
4.4.Critérios de inclusão e exclusão.....	18
4.5.Roteiro de coleta.....	18
4.6.Riscos e benefícios da pesquisa.....	18
4.7. Aspectos éticos da pesquisa.....	18
5.Resultados e análise de dados.....	20
5.1. Perfil do usuário.....	20
5.2. Perfil dos atendimentos.....	24
Nesse grupo foram analisados os dados referentes à classificação de risco, especialidade médica, diagnóstico, procedimentos realizados e transporte de chegada.....	24
5.3.Sistema de referência e contra referência.....	30
6.Considerações finais.....	34
7.Referências Bibliográficas.....	35
8.Apêndices.....	37

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) define que o acesso aos serviços de saúde deve se orientar pela descentralização e a partir disso se estabeleceu uma proposta de conformação das Redes de Atenção à Saúde. Tal estratégia visa superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita. (BRASIL, 2010).

A Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 define “Redes de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”

Segundo Mendes (2011) podemos definir as redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. Este conjunto de ações e serviços ofertados forma uma espécie de rede, pois devem estar e trabalhar sempre juntas, sendo responsável pelo atendimento integral da saúde de toda a população, desde a atenção primária até a atenção especializada ou de alta complexidade.

Partindo dos conceitos apresentados sobre redes de atenção à saúde, destacam-se as Redes de Urgência e Emergência (RUE), que fazem parte do grupo de ações e serviços do SUS. De acordo com a Portaria GM/MS nº 1600 de 07 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, “a organização da rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna” (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que nessa proposta de organização, a Atenção Primária em Saúde (APS) tem seus atributos definidos, como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as necessidades de saúde. Com isso atualmente é

considerada uma estratégia de organização do sistema de saúde, pois é por meio dela que a maioria das necessidades em saúde da população deve ser respondida (BRASIL, 2010).

A APS, com os Centros de Saúde e outras estruturas, é disposta fisicamente perto das residências das pessoas de maneira que facilite o acesso, a maneira mais fácil de acessar o sistema de saúde, a porta de entrada. O serviço primário deve ser prestado de maneira contínua, ou seja, o usuário deve estar sempre frequentando o centro de saúde em que está referenciado, participando das ações de prevenção e promoção da saúde, acompanhamentos necessários e outros serviços disponíveis possibilitando a criação de vínculos entre usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde em publicação ABC do SUS doutrinas e princípios,

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990, p 5).

De acordo com o Anuário do DF de 2014, o Distrito Federal é composto por trinta e uma Regiões Administrativas (RA). Ceilândia é a RA com a maior população do DF, aproximadamente 450 mil habitantes e uma área de 29,10km². Atualmente a população de Ceilândia para cuidados em saúde conta basicamente com o Hospital Regional de Ceilândia (HRC), doze Centros de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e uma Unidade de Pronto atendimento (UPA).

Este estudo tem como propósito analisar a organização da rede de urgência e emergência da Regional de Ceilândia a partir do pronto socorro do HRC no ano de 2014. Verificando se a referência e contra referência tem sido estabelecida e a atenção primária tem ordenado a rede de atenção à saúde. A motivação para o presente estudo baseia-se na intenção de auxiliar na organização dos serviços de saúde prestados pelos níveis de atenção do SUS. Para que as Redes de Atenção à Saúde sejam identificadas de forma efetiva na prática do sistema de saúde da Regional de Ceilândia – DF.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Analisar a organização da rede de urgência e emergência da Regional de Saúde de Ceilândia a partir do pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia no ano de 2014.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar os principais motivos para procura do serviço de emergência do HRC no ano de 2014.
- Apresentar os principais diagnósticos atribuídos aos usuários que procuraram o pronto socorro do HRC no ano de 2014.
- Verificar o funcionamento do sistema de referência e contra referência da Regional de Saúde de Ceilândia – DF a partir do pronto socorro do HRC.
- Definir os centros de saúde da Ceilândia com maior demanda de usuários na emergência do HRC.

3. Marco Teórico

3.1. Rede de Atenção à Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde na Portaria GM/MS nº 4.279 de dezembro de 2010 a Rede de Atenção à Saúde é uma estratégia de enfrentamento para a fragmentação da atenção à saúde prestada, é uma maneira de assegurar ao usuário o acesso adequado ao conjunto de ações e serviços que ele necessita. Pois, apesar dos avanços alcançados pelo SUS desde a Reforma Sanitária, é evidente que o modelo de atenção à saúde atual com ações e serviços de saúde fragmentados, baseado em ações curativas e em um modelo hospitalocentrico é insuficiente para as demandas atuais e insuficiente para os enfrentamentos futuros.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011, p. 50).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Segundo Mendes (2011) a implementação adequada das Redes de Atenção à Saúde resulta em uma oferta de ações e serviços de saúde com maior qualidade, efetividade e eficiência. E que a transição entre a teoria de um modelo de atenção à saúde integrado por redes e linhas de cuidado até a concretização do mesmo permeia o reconhecimento do real valor da proposta de organização do sistema de saúde.

Ainda de acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279, são necessários alguns fundamentos que assegurem a resolutividade das RAS. São estes: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços (BRASIL, 2010).

3.2. **Rede de Urgência e Emergência**

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências são: ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária; garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento de urgência; regionalização do atendimento de urgência com articulação das outras redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; humanização no atendimento; garantia de atenção de multiprofissional; articulação e integração dos diferentes serviços e equipamentos de saúde e pontos de atenção; organização das regiões de saúde e serviços prestados a partir das necessidades de saúde da população específica; gestão compartilhada que trabalhe a qualidade da atenção com ações coordenadas e contínuas; monitoramento e avaliação que investiguem a efetividade e resolutividade da atenção; execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde com caráter de urgência e transitório de situações de perigo iminente, calamidades públicas e acidentes com muitas vítimas; regulação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado e qualificação do cuidado à saúde através de educação permanente das equipes de saúde (BRASIL, 2011).

A Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011 também descreve como deve ser a organização da Rede de Atenção às Urgências, esta deve articular e integrar os equipamentos e ações de saúde no que

tange as urgências, deve qualificar o acesso, de forma integral, humanizada ágil e oportuna. A Rede de Urgências deve estar disposta em todo o território nacional, baseada nos critérios epidemiológicos e de densidade populacional. A classificação de risco, processo que faz parte do acolhimento, ou seja, da entrada do paciente no serviço de emergência, é um dos requisitos de importância para que o atendimento seja resolutivo e de qualidade (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção às Urgências tem como prioridade as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. É constituída pelos componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências. O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído: Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a

serviços hospitalares de maior complexidade. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, ainda na Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011, a operacionalização da Rede de Atenção às Urgências ocorre por meio de cinco fases, são elas: fase de adesão e diagnóstico, fase do desenho regional da rede, fase da contratualização dos pontos de atenção, fase da qualificação dos componentes e fase da certificação.

Sem dúvida, há ganhos na estruturação da atenção às urgências e às emergências na perspectiva das RASs. A integração dos serviços de urgência e emergência em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O sistema de classificação de risco é potente ferramenta de comunicação, co-responsabilização e regulação, nas RASs, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços. E a atenção no lugar certo e com a qualidade certa, permite retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica, a maioria das pessoas que se apresentam em situações de urgência, os azuis e os verdes, atendendo-os prioritariamente na atenção primária à saúde. Isso é uma condição necessária para superar os graves problemas que ocorrem nos hospitais de urgência e emergência superlotados, com pessoas em macas nos corredores, filas enormes e que estão, permanentemente na mídia nacional (MENDES, 2011, p.214).

De acordo com o Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal, de maio de 2012, o atendimento de urgência é um importante componente da rede de atenção à saúde e que a procura por esse tipo de atendimento vem crescendo cada vez mais no DF. O grande número de acidentes, violência e da estrutura das redes de atenção às urgências desestruturada, está resultando em serviços de urgência sobrecarregados.

A Secretaria de Estado da Saúde do DF (SES – DF), no âmbito da política de desenvolvimento institucional, tem trabalhado no sentido de promover o planejamento setorial das áreas técnicas para melhorar o atendimento à população usuária do SUS local.

A estruturação das três linhas de cuidado prioritárias, por intermédio da adesão à Rede de Urgência e Emergência, é um instrumento potencializador de futuras ações das especialidades afins, promovendo uma nova dinâmica de funcionamento destas especialidades capaz de responder de maneira mais eficiente às demandas existentes no SUS DF (DF, 2012, p.7).

Ainda de acordo com o Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal, de maio de 2012, a dificuldade do DF no processo de organização da Rede de Urgência refere-se à operacionalização da integralidade, o reconhecimento da importância da integração dos níveis

de atenção à saúde, a desvinculação do modelo médico curativo e hospitalocêntrico.

3.3. **Atenção Primária à Saúde**

A Rede de Atenção à Saúde é constituída por níveis de atenção, estes devem estar interligados para que a assistência prestada seja integral, destaca-se a Atenção Primária à Saúde, que nesta rede assume o ponto principal de comunicação e de ordenadora das ações e serviços de saúde.

Segundo o anexo 1 da Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os principais fundamentos e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) são: planejamento e programação descentralizada com ações setoriais e intersetoriais; acesso universal e contínuo de qualidade e resolutividade aos serviços de saúde caracterizando a APS como a porta de entrada preferencial dos usuários ao serviço de saúde; estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e usuários; coordenação da integralidade das ações e serviços prestados pelo sistema de saúde de acordo com a demanda da população; estímulo a participação dos usuários no sistema de saúde com a promoção da saúde e empoderamento; qualificação da Estratégia Saúde da Família as ademais que visem à organização da atenção básica e outras (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB e Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica à Saúde deve cumprir determinadas funções, tais elas são: ser base do serviço de saúde com descentralização, continuidade e capilaridade; ser resolutiva identificando riscos, necessidades e demandas de saúde da população, utilizar de diferentes tecnologias de cuidado; coordenar o cuidado prestado;

organizar o fluxo dos usuários na RAS; ordenar as redes identificando as necessidades de saúde da população e outras.

A APS é formada estruturalmente por centros de saúde dispostos de acordo com as residências da população e Equipes de Saúde da Família que fazem visitas domiciliares com intuito de realizar promoção, prevenção e cuidado em saúde. Segundo a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011,

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

3.4. **A Regional de Saúde de Ceilândia – DF**

O Distrito Federal atualmente é organizado em 31 Regiões Administrativas (RA), o presente trabalho aborda a RA de Ceilândia, especificadamente a Regional de Saúde de Ceilândia que hoje é composta por um Hospital Regional, doze Centros de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e uma Unidade de Pronto atendimento (UPA).

O Hospital Regional de Ceilândia - HRC, vinculado a Coordenação Geral de Saúde de Ceilândia é um hospital Geral com 276 leitos operativos distribuídos nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Traumatologia, Ortopedia, Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Neonatologia, Terapia Intensiva Adulto, Terapia Intensiva Neonatal e Unidade Intermediária Neonatal. Presta atendimento de urgência/emergência nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Odontologia. Esta coordenação de saúde possui catorze unidades básicas de saúde (DF, 2012, p.18).

A Regional de Saúde de Ceilândia – DF como determina as legislações do SUS é composta por uma Rede de Atenção à Saúde, cuja porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, e o principal ponto de comunicação deve ser a Atenção Básica à Saúde. O sistema de referência e contra referência deve ordenar as ações e serviços de saúde ofertados a população da RA.

4. Metodologia

4.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório e quantitativo. Descritivo pelo fato de ter como objetivo descrever características do pronto socorro do Hospital de Ceilândia e suas relações com a atenção primária. Este tipo de estudo resulta em uma aproximação ao tema estudado, explorando o objeto de estudo e as suas particularidades. De acordo com Lakatos e Marconi (1991) o estudo descritivo-exploratório visa à aproximação e familiaridade com o objeto da pesquisa, descrever características, criação de hipóteses e estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas.

4.2. Local de estudo

O local estudado foi o Pronto Socorro do Hospital Regional de Ceilândia, DF.

4.3. População e amostra

Segundo Lakatos e Marconi (2003) amostragem é a seleção de uma parcela representativa diante do total. Uma amostra é uma parte da população total estudada, a amostra é representada por “n” e a população total por “N”. Para a seleção dos prontuários analisados foi utilizada uma amostragem aleatória simples. Esse tipo de amostra baseia-se na escolha aleatória do objeto de pesquisa, faz uma seleção onde cada membro da população possui a mesma possibilidade de seleção. Os prontuários utilizados a partir dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados ao acaso, ou seja, sem distinção ou escolha.

Foram selecionados dois prontuários por dia de cada mês do ano de 2014. Totalizando uma amostra de 730 pacientes e a população total foi constituída dos usuários atendidos no pronto socorro do HRC no ano de 2014.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão

Foram definidos como critérios de inclusão, pacientes adultos, ou seja, maiores de dezoito anos atendidos no pronto socorro do HRC no ano de 2014. Utilizou-se como critério de exclusão, pacientes menores de dezoito anos.

4.5. Roteiro de coleta

Foi elaborado um roteiro de coleta (apêndice I) para a verificação dos dados, com informações diversas. Esses dados foram dispostos em três grupos para que a disposição e análise das informações fossem facilitada. O primeiro grupo, denominado como perfil do usuário apresenta as variáveis, sexo, idade e endereço. O segundo grupo, perfil do atendimento, contempla informações sobre a procura ao serviço de emergência, como a queixa principal, especialidade médica buscada, classificação de risco estabelecida, diagnóstico, procedimentos realizados e transporte de chegada ao hospital (SAMU, CBDF e outros). O terceiro agrupamento trata de dados a respeito do sistema de referência, tais como se o paciente procurou o serviço por meio de um centro de saúde ou de outro encaminhamento. E após o atendimento no hospital, se o usuário foi encaminhando para o centro de saúde da sua região ou outro serviço. Este último grupo também apresenta informações sobre os centros de saúde da Ceilândia e a suas abrangências, de acordo com o endereço do usuário.

Os dados coletados por meio desta pesquisa foram trabalhados nos softwares® Excel 2010, Word 2010, Google Earth. Para que fosse possível a construção de gráficos, tabelas e mapas de aproximação que permitissem uma adequada manipulação e análise de dados com o maior proveito possível das informações observadas.

A temática do estudo é a organização da rede de urgência e emergência da Ceilândia a partir do pronto socorro do HRC no ano de 2014. Houve uma coleta de dados através de prontuários eletrônicos de pacientes do HRC, inseridos no sistema Trakcare®. De acordo com o InterSystems, o sistema Trakcare® é um sistema de informação de saúde conectado a Web, com módulos clínicos e administrativos conectados, que pode ser integrado a outros sistemas e aplicações

4.6. Riscos e benefícios da pesquisa

Neste estudo não foram realizadas entrevistas, ou nenhum tipo contato ou envolvimento com os usuários do serviço. Houve apenas a análise dos prontuários inseridos no sistema de informação Trackcare a partir de um roteiro de coleta de dados. Assim, os participantes da pesquisa não foram identificados em nenhum momento. Por essas características o risco da pesquisa é mínimo.

4.7. Aspectos éticos da pesquisa

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), cumprindo os termos da Resolução nº 466 de 12/12/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Obteve aprovação sob número de parecer: 837.963/2014.

5. Resultados e análise de dados

A amostra coletada para esta pesquisa trata-se de dados extraídos do sistema Trakcare®. Foram analisados prontuários de 730 pacientes maiores de dezoito anos e atendidos no HRC no ano de 2014. A coleta foi feita de forma aleatória em todos os meses do ano, resultando em dois pacientes por dia de cada mês.

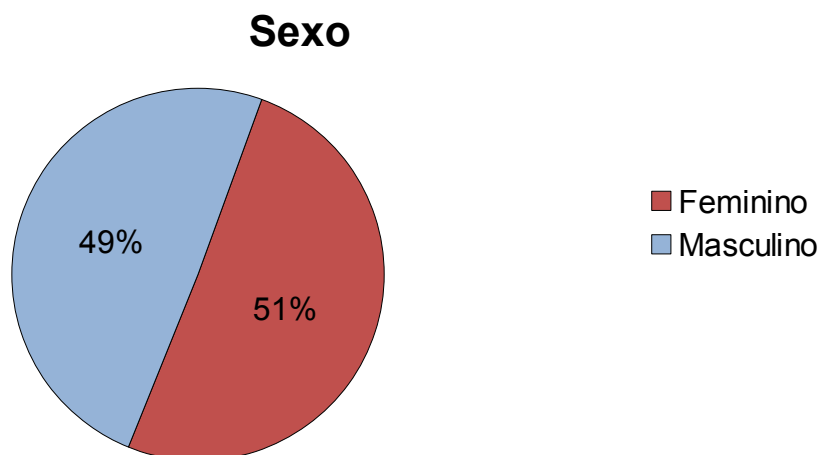
Para apresentação dos dados e melhor atendimento destes resultados, foram criados três grandes grupos, são estes: 1 – perfil do usuário, composto pelas variáveis de sexo, idade, endereço e unidade federativa; 2 – perfil do atendimento, com as variáveis de especialidade médica procurada, queixa principal, procedimentos realizados, classificação de risco, diagnóstico baseado no CID 10 e transporte de chegada; e 3 – sistema de referencia e contra referencia com os encaminhamentos de antes e depois do atendimento.

5.1. Perfil do usuário

Nesse grupo foram analisados dados dos usuários atendidos na emergência do HRC em 2014.

Do total de 730 prontuários analisados, 49% dos pacientes eram do sexo masculino e 51% do sexo feminino (Gráfico 1). A diferença entre a distribuição por sexo da amostra é relativamente pequena, o número de pacientes do sexo feminino que procurou o atendimento de emergência do HRC foi superior, ainda assim cabe destaque ao número de pessoas do sexo masculino no pronto socorro do hospital. Segundo Mineko (2013) culturalmente no Brasil as mulheres acessam mais os serviços de saúde, pois se preocupam mais com a saúde. É possível atribuir esse grande número de procura masculina ao pronto socorro devido a não realização de consultas e exames preventivos procurando o serviço de saúde apenas em casos emergenciais.

Gráfico 1 – Distribuição do número de usuários por sexo atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.



Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014.

A distribuição por idade foi dividida em quatro grupos (Tabela 1), com 46% o grupo que mais destaca é o de 30 a 49 anos, em seguida, com 28%, o grupo de 18 a 29 anos e por último, com 5%, 70 anos e mais.

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária de usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.

Faixa Etária	Mulheres	% Mulheres	Homens	% Homens	Total	% Total
18 a 29 anos	104	28%	101	28%	205	28%
30 a 49 anos	164	44%	172	48%	336	46%
50 a 69 anos	78	21%	74	20%	152	21%
70 anos e mais	23	6%	14	4%	37	5%
Total	369	100%	361	100%	730	100%

Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014.

É possível observar no gráfico 2 que o maior número de usuários atendidos no pronto socorro do HRC declararam que são residentes do DF (92,2%). Esse dado demonstra positivamente que a população do entorno não tem impedido o funcionamento deste pronto socorro, porém ainda considera-se a possibilidade de viés nessa informação devido a chance dos endereços informados serem fictícios.

De acordo com a amostra utilizada observa-se no gráfico 3 que a maioria dos usuários atendidos na emergência do HRC são residentes da Ceilândia – DF (70,55%). Essa informação demonstra que os usuários estão recorrendo ao hospital de sua própria regional, como realmente deve acontecer de acordo com a lógica de Redes de Atenção à Saúde.

Taguatinga apresenta 9,18% de usuários atendidos no pronto socorro do HRC. Sendo possível justificar esse dado pela proximidade das duas RAs (Ceilândia e Taguatinga), destacando ainda que existem localidades de Taguatinga que são mais próximas do HRC do que de seu próprio hospital, Hospital Regional de Taguatinga (HRT). Esta mesma justificativa pode ser atribuída a Águas Lindas de Goiás, Samambaia, Brazlândia e Recanto das Emas. Outro motivo para estas RAs procurarem o HRC pode ser atribuído à indisponibilidade de médicos ou materiais específicos e grande fila de espera em seus hospitais de origem.

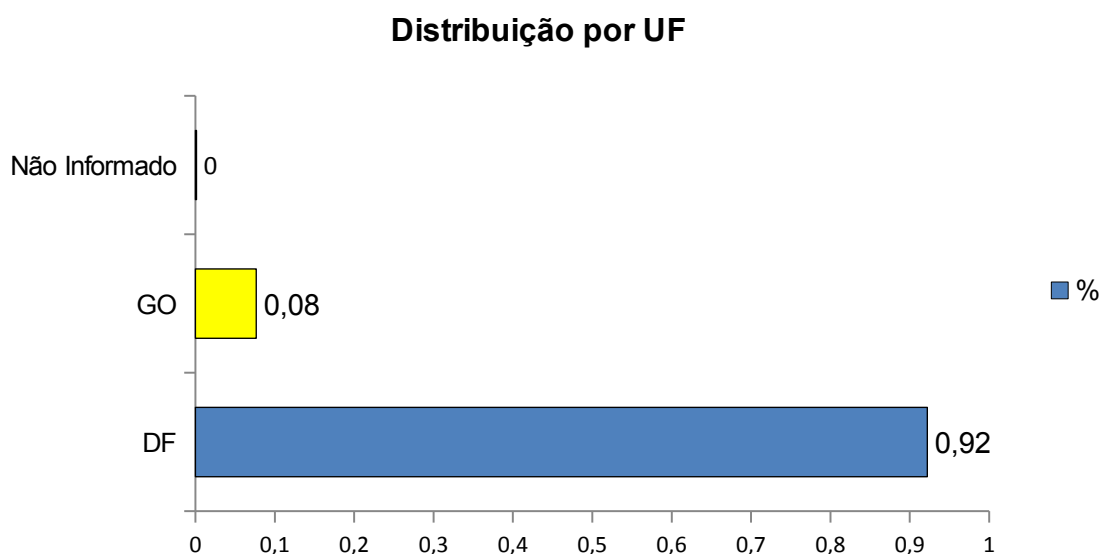
Segundo o Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do DF (2012) as regiões administrativas foram criadas para facilitar a administração de todo o DF.

Sob o ponto de vista assistencial foram constituídas as Regiões de Saúde considerando, para tanto, os limites territoriais, as identidades culturais, econômicas e sociais, as redes de comunicação e infraestrutura de transportes. Tais Regiões se conformam segundo grupamentos de Coordenações Gerais de Saúde que, por sua vez, se constituem de grupamentos de Regiões Administrativas, conforme o Plano Diretor de Regionalização. (DF, 2012, p.9)

Ainda de acordo com o Plano de Ação, a região de saúde que comporta Ceilândia é a Oeste, fazem parte desta apenas Ceilândia e Brazlândia. Destaca-se pela proximidade de espaço físico a região Sudoeste que comporta Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Samambaia e Recanto das Emas.

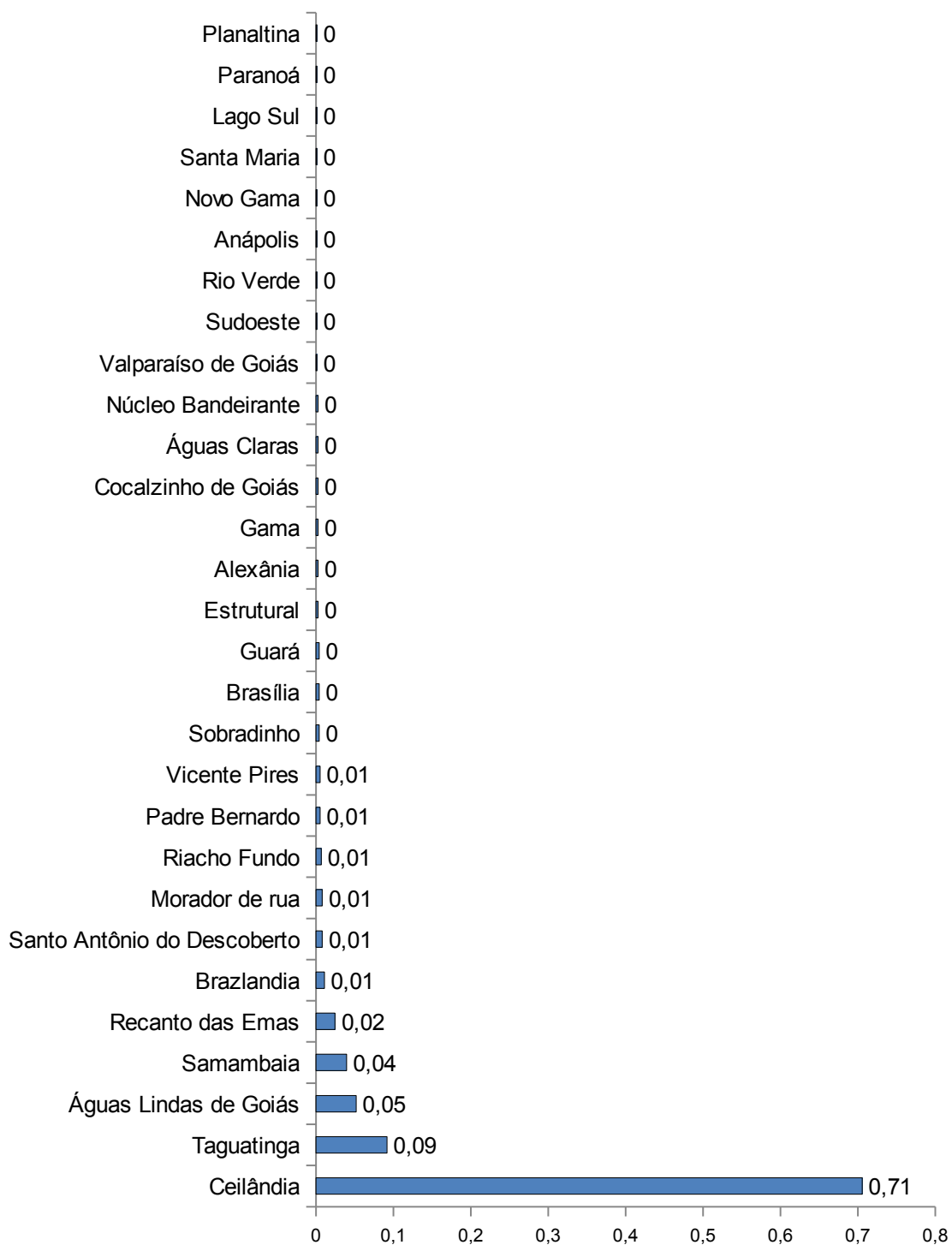
Sobre o perfil do usuário, que procurou a emergência do HRC no período da amostra, é importante destacar que informações consideradas simples como essas são uma ferramenta de gestão de grande utilidade, tratando-se de um sistema organizado em redes de atenção. Para Mendes (2011) existem três elementos que constituem as redes de atenção à saúde: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. Destes elementos, destaca-se a população que precisa ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação, além de conhecida precisa ser classificada em grupos, considerando fatores de risco, classificações, e outros. Pois através dessas variáveis é possível identificar necessidades dos usuários, baseado em suas características específicas e determinantes sociais, possivelmente resultando em ações corretas para a oferta da atenção em saúde adequada, considerando a integralidade, universalidade e equidade.

Gráfico 2 – Distribuição por local de residência por Unidade Federativa dos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.



Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014.

Gráfico 3 – Distribuição por local de residência dos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.



Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014.

5.2. Perfil dos atendimentos

Nesse grupo foram analisados os dados referentes à classificação de risco, especialidade médica, diagnóstico, procedimentos realizados e transporte de chegada.

Para Mendes (2011) é baseado em sintomas de alerta em um curto espaço de tempo, que se deve identificar e definir a conduta adequada ao nível de gravidade do quadro de um paciente em situação de urgência ou emergência. Para o melhor funcionamento das redes de atenção às urgências e emergências é considerada a adesão de um modelo de triagem de classificação de risco.

De acordo com Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015)

A adoção de um sistema de classificação de risco, como o Protocolo de Manchester, beneficia os usuários do sistema de saúde, reduzindo mortes evitáveis no serviço de urgência, e induzindo o aprimoramento dos fluxos internos do serviço e dos processos de gestão das instituições (RAUSCH, 2015, p.3).

O HRC atualmente conta com a classificação de risco nos atendimentos de urgências e emergência por meio do protocolo de Manchester. Para Mendes (2011) o objetivo da classificação de risco não é a definição de um diagnóstico, mas sim o nível de urgência, a prioridade com que aquele paciente deve ser atendido. São definidas algumas variáveis, como o motivo da procura do serviço de urgência através da queixa principal, sinais e sintomas apresentados.

Segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015) o protocolo de Manchester possui categorias de sinais e sintomas e fluxogramas aplicáveis à situação/queixa do paciente. Esses elementos irão embasar a prioridade clínica definida. O paciente pode ser classificado em uma das cinco prioridades existentes, essas são diferenciadas por número, nome, cor e tempo previsto para o início do atendimento médico. A saber, as categorias são: 1 – vermelho, emergência, tempo para atendimento imediato; 2 – laranja, muito urgente, tempo para atendimento 10 minutos; 3 – amarelo, urgente, tempo para atendimento 60 minutos; 4 – verde, pouco urgente, tempo para atendimento 120 minutos; 5 – azul, não urgente, tempo para atendimento 240 minutos. Este protocolo representa um primeiro atendimento ao paciente em um serviço de urgência e emergência, não se trata de um diagnóstico médico, mas é provada a sua capacidade de aprimorar o funcionamento do serviço.

Ainda de acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015) a classificação de risco ordena os pacientes a partir das suas gravidades clínicas, substitui o atendimento do paciente nos serviços de urgência e emergência através da ordem de chegada que na maioria das vezes não é adequado.

É possível observar, no gráfico 4, que a classificação mais atribuída aos pacientes que buscaram a emergência do HRC no período analisado foi a verde (45,8%). Na sequência, a cor amarela representou 29,6% dos atendimentos, seguidos de 14,9% de cor laranja.

Deve-se destacar que a maior parte dos atendimentos do pronto socorro do HRC tem sido classificada como não urgente. De acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010:

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010).

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010).

Podemos associar esse resultado à atenção primária à saúde da Regional de Ceilândia fragilizada frente a grande demanda de usuários. Considerando a Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção até a cultura da população em procurar sempre pelo atendimento hospitalar (BRASIL, 2010).

Segundo Senna et al. (2010) o estabelecimento da atenção básica como principal e primeira porta de entrada do sistema de saúde é dificultada por diferentes motivos como, a cultura hospitalocêntrica, que está enraizada na população pois, na maioria das vezes a primeira procura do usuário ao sistema é a rede hospitalar.

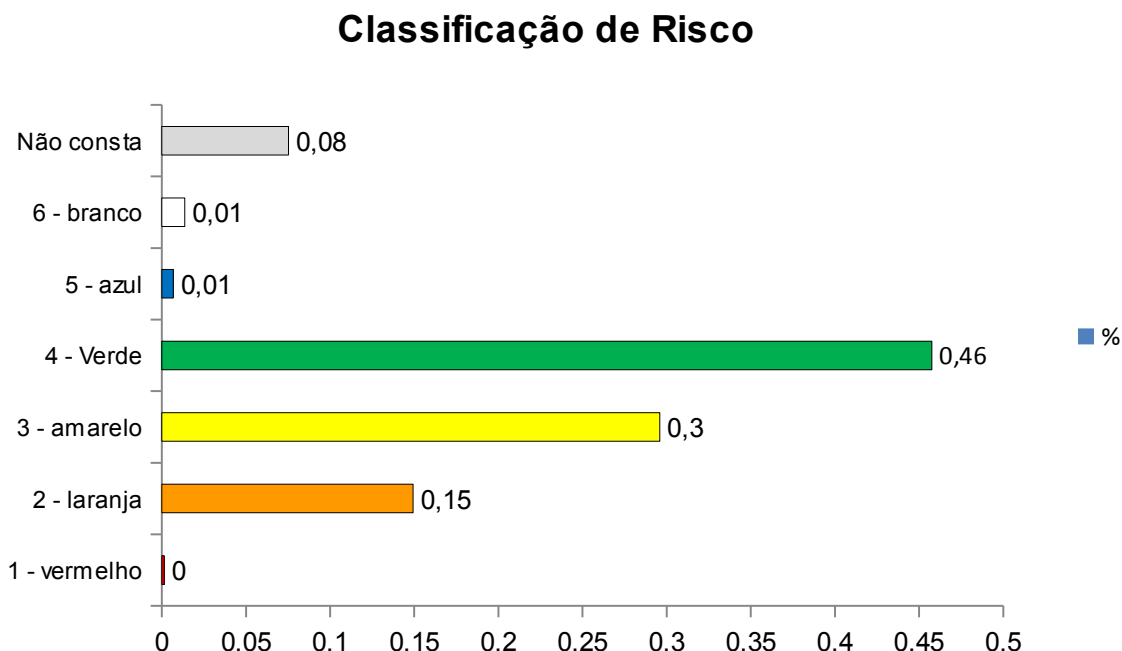
O reflexo desse achado é muitas vezes as emergências lotadas de casos que não apresentam necessidades urgentes. Segundo Simons (2008), é possível justificar a lotação dos serviços de urgência e emergência devido ao grande número de atendimentos considerados simples, ou seja, que não demandam complexidade e urgência. São atendimentos que poderiam ser resolvidos na atenção básica, atenção especializada ou serviços de urgência com menor complexidade. Esta grande demanda nos prontos socorros assume o papel de principal porta de entrada do sistema de saúde, desconstruindo as noções de redes de atenção, onde a

atenção básica é a ordenadora do sistema e desordenando as demandas, resultando em uma emergência superlotada e a atenção básica fragilizada.

Justifica-se ainda a fragilidade da atenção primária e sobrecarga dos serviços de urgência e emergência de acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015) quando afirma que a grande demanda nos serviços de urgência e emergência e superlotação destes, representa uma das maiores dificuldades a serem superadas pelos sistemas de saúde atualmente. É reflexo de um sistema de saúde fragmentado, onde a atenção primária não é resolutive para as condições crônicas e agudas.

O número de atendimentos classificados como vermelho, é destacado por ter representado apenas 0,1%. Esse tipo de atendimento no protocolo de Manchester, de acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco é considerado muito urgente e o paciente deve ser atendido imediatamente. As portas das emergências devem estar preparadas para acolher esse usuário, que na grande maioria das vezes vem trazido pelo SAMU ou CBDF e que necessita de atendimento em sala específica. Com isso, não se realiza a classificação deste usuário, pois no acolhimento é atendido aquele que chega de forma espontânea.

Gráfico 4 – Distribuição segundo classificação de risco atribuída aos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.



Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014.

De acordo com Portaria GM/MS nº 3.390

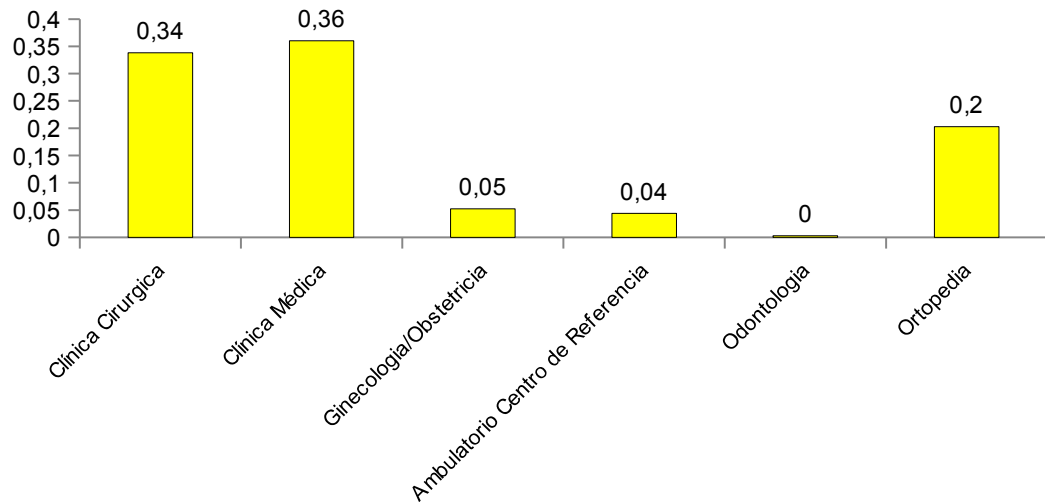
Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

O HRC atualmente conta com sete especialidades médicas de emergência, a saber: clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, ortopedia, cirurgia geral e odontologia. Observa-se no Gráfico 5 que no período de análise, as especialidades médicas mais buscadas pelos usuários foram as de clínica médica com 36,03% e clínica cirúrgica com 33,84%, e ortopedia com 20,27%. Isso demonstra o perfil do Hospital Regional de Ceilândia, hospital de nível secundário, de médio porte.

De acordo com Elias

Ao nível secundário cabem os equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica (tais como rx com alguma sofisticação, ecocardiógrafo, ultrassom, aparelhos para endoscopia) e a capacitação de pessoal e, em particular dos médicos, geralmente situa-se em áreas especializadas originárias (clínica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, pediatria) e outras tais como oftalmologia e psiquiatria. Essas especializações, no caso dos médicos, requerem dois a três anos após a graduação para atingir a formação que se realiza por meio da Residência Médica. Os serviços de atenção secundária devem estar aparelhados com pessoal e equipamentos para atender às situações que foram encaminhadas pelo nível primário. (ELIAS, 2011, p.3)

Gráfico 5 – Distribuição por especialidades médicas buscadas pelos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.



Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014.

Destas especialidades citadas no gráfico 5, destaca-se Ambulatório Centro de Referência como outras especialidades buscadas, não inclusas nas do pronto socorro. Não foi possível verificar se este atendimento foi decorrente de encaminhamento do ambulatório ou vice versa. Destaca-se ainda a obstetrícia que, mesmo possuindo uma porta de atendimento separada da emergência geral, ainda contou com 5,21% de pacientes.

Causas externas segundo Gonsaga et al. (2012, p.263)

[...] são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação) (GONSAGA et al, 2012, p.1).

De acordo com Oliveira e Jorge (2008, p.428)

Os acidentes e a violência configuram problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população brasileira. Diminuir este impacto é um dos principais desafios.

Frequentemente, as ações de prevenção e controle de acidentes e violência são priorizadas, considerando-se as mortes decorrentes desses eventos, tendo em vista a maior disponibilidade e qualidade dos dados de mortalidade.

Segundo Mendes (2011) o Brasil tem vivido uma transição epidemiológica, ou seja, uma transição das condições de saúde onde as doenças transmissíveis dão lugar as doenças não transmissíveis e causas externas. Há uma queda relativa das condições agudas e o aumento das condições crônicas.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carências, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas (MENDES, 2011, p.18).

Através dos dados coletados neste estudo foi possível perceber que o maior número de diagnósticos (tabela 2) inferidos aos pacientes que estiveram no pronto socorro do HRC no ano de 2014, com 27,7% foram do Capítulo XIX do CID 10 - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas. Seguido de 12,5% de não informados, ou seja, não consta o diagnóstico registrado no prontuário eletrônico Trakcare®. Em terceiro lugar está o Capítulo XIII do CID 10 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com 12,2%. Este capítulo

que representa diferentes traumas também pode estar associado a causas externas, pois as suas razões provavelmente são semelhantes, tais como lesões e traumatismos que afetam a situação de saúde de maneiras diferentes, possivelmente causados por acidentes, agressões e outros exemplos de natureza correspondente.

Segundo o Plano de Ação de Urgência do DF (2012) é crescente a demanda de usuários no SUS devido a complicações por acidentes e violência urbana, esta grande demanda relacionada à complexa estruturação das redes de atenção integral às urgências contribuí diretamente para a sobrecarga dos serviços disponibilizados para o atendimento da população. Dados epidemiológicos demonstram uma transição epidemiológica e demográfica ocorrendo de forma acelerada no DF, aumento da faixa etária de 60 anos ou mais e redução de menores de 20 anos, é consequência disso o crescimento da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e da taxa de mortalidade por causas externas. As causas externas com destaque para homicídios e acidentes de transporte, são predominantes nas faixas etárias de 05 a 49 anos. A criminalidade no DF está entre as maiores do Brasil, podendo atingir a média de dois assassinatos por dia.

Tabela 2 – Distribuição dos diagnósticos atribuídos aos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia SES/DF no ano de 2014.

Capítulo CID 10	Quantidade de pacientes	%	40
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas	202	27,	
Não consta	91	12,	
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	89	12,	
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório,	76	10,	
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	37	5,1	
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	33	4,5	
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	30	4,1	
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	28	3,8	
Diagnostico não definido	26	3,6	
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo	20	2,7	
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	20	2,7	
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	19	2,6	
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	19	2,6	
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	12	1,6	
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	11	1,5	
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério	6	0,8	
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise		0,	

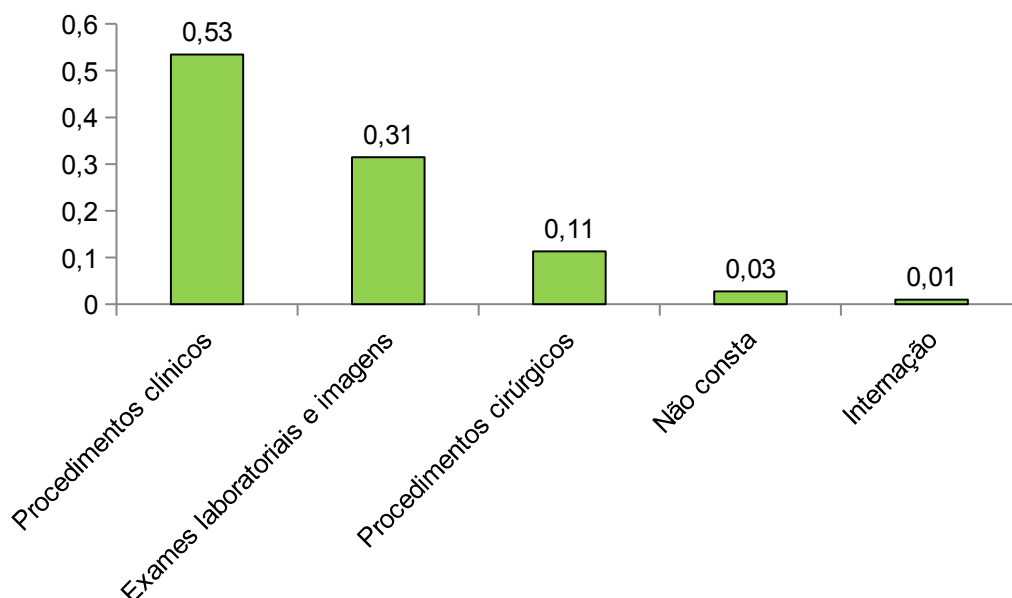
Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014.

O perfil do atendimento realizado devido a queixas relacionadas a causas externas muitas vezes justifica a realização de procedimentos clínicos. Seguidos de exames de imagens ou/e laboratoriais e procedimentos cirúrgicos.

Foi constatado através dos dados coletados (Gráfico 6) que 53% dos procedimentos prestados aos usuários inseridos nesta pesquisa foram procedimentos clínicos, seguidos de 31% de exames laboratoriais e imagens, posteriormente 11% de procedimentos cirúrgicos.

A saber, procedimentos clínicos representam condutas como: medicação, vacina, hidratação, nebulização, exame físico, orientações, observações e banho. Procedimentos cirúrgicos: curativo, imobilização, compressão, sutura, debridamento, lavagem, lavagem gástrica, desobstrução, drenagem, troca de bottom de gastrostomia, punção, retirada de sutura, imobilização e corpo estranho. Não foi constatado através da coleta de dados os tipos de exames laboratoriais e de imagens, pois estes não foram detalhados na fonte.

Gráfico 6 – Distribuição dos procedimentos realizados pelos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.



Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014.

Segundo Mendes (2011) existem razões principais para o transporte em saúde de usuários, são estas a incapacidade de se deslocar devido a situações clínicas e/ou funcionais e a indisponibilidade financeira de custeio do transporte para acesso aos serviços de saúde.

Nesta pesquisa foram observadas informações a respeito do transporte de chegada que o paciente deu entrada no hospital, porém é possível afirmar de acordo com os dados vistos que este tipo de informação só era registrado quando não se tratava de demanda espontânea. É possível inferir também que não são todas as entradas consideradas de grande emergência, ou seja, direcionadas a sala vermelha de acordo com a classificação de risco, que estão sendo registradas no sistema Trakcare®. Devido ao pequeno número de entradas por meio do SAMU e CBDF na emergência do HRC, supõe-se que não é feita a classificação de risco de todas as entradas deste gênero. Falha considerável que resulta em um sistema de informações incompleto, impossibilitando uma visão geral da situação do pronto socorro.

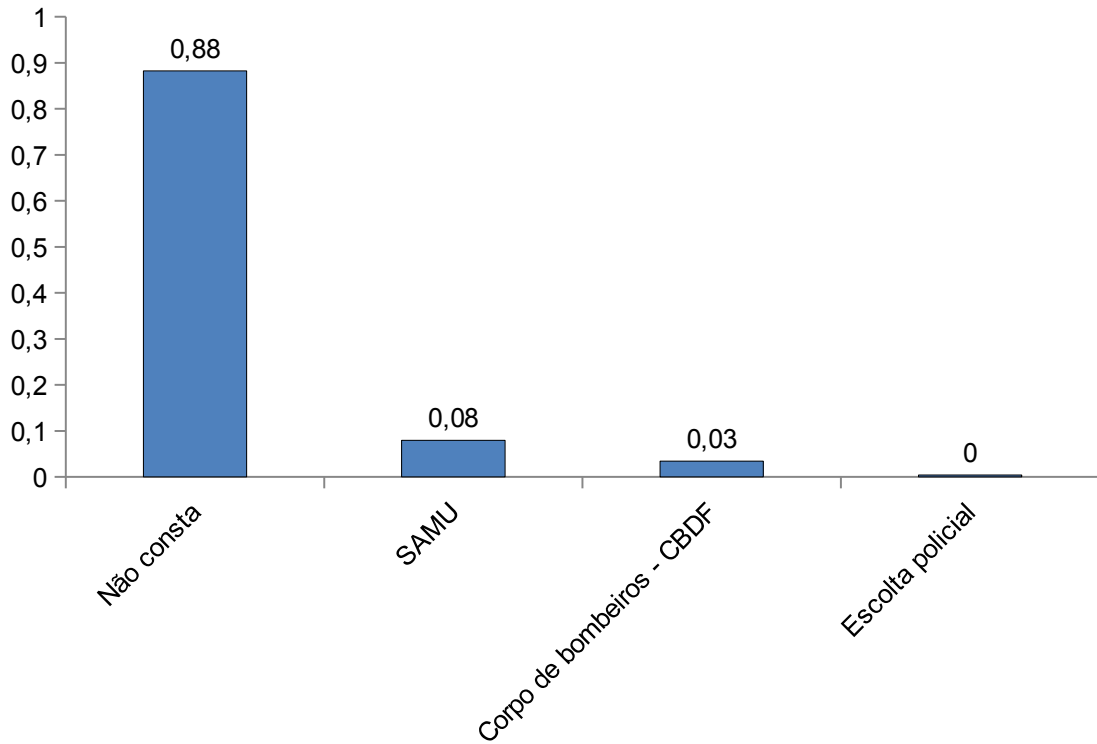
Observou-se (Gráfico 7) que 88,2% dos atendimentos não constavam o meio de transporte utilizado pelo usuário. Destacando este número como procura espontânea, pois há registro quando o atendimento foi realizado pelo SAMU (7,9%) e Corpo de Bombeiros (3,4%).

Ainda segundo Mendes (2011)

[...] O subsistema de transporte em saúde de pessoas opera com ações primárias e secundárias. O transporte em saúde primário faz-se da residência ou do local de adoecimento ou do trauma até uma unidade de saúde; o transporte secundário faz-se entre duas unidades de saúde distintas. O subsistema de transporte em saúde de pessoas pode ser dividido em dois módulos: o módulo do transporte de urgência e emergência e o módulo do transporte eletivo (MENDES, 2011, p.150).

O módulo do transporte de urgência e emergência lida com eventos clínicos não conhecidos a priori e apresenta como variáveis-chave os riscos, classificados por meio de sinais de alerta, e o tempo de deslocamento até a unidade de atenção própria em função desses riscos. Já o módulo do transporte eletivo envolve-se com eventos conhecidos e programáveis, tendo como variável-chave o acesso oportuno, seguro e confortável aos serviços previamente agendados (MENDES, 2011, p.151)

Gráfico 7 – Distribuição segundo o meio de transporte utilizado pelos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.



Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014

5.3. Sistema de referência e contra referência

Nesse grupo serão analisados os dados coletados sobre o sistema de referência e contra referência praticados no HRC durante o período de coleta.

De acordo com o Ministério da Saúde segundo a Política Nacional de Humanização (2004), o sistema de referência e contra referência é capaz de elevar a resolução das urgências e emergências, garantindo o acesso hospitalar e a transferência conforme as necessidades dos usuários.

Segundo Mineko (2013, p.36) “O processo de referência e contra referência é um desafio do SUS ao estabelecer a rede de atenção e o cuidado horizontal humanizado, tendo como porta de entrada preferencial as unidades básicas de saúde”.

Na coleta de dados realizada foi possível identificar (gráfico 8) que 97,53% dos pacientes atendidos na emergência não foram encaminhados para o hospital através do serviço de referência. Seguido apenas de 1,23% de encaminhamentos a partir de outro hospital da rede do SUS para o HRC.

A partir destas informações é possível inferir que o sistema de referência não tem sido praticado nos atendimentos realizados no pronto socorro do HRC, ou não houve o registro destes no sistema Trakcare®.

Segundo Kuschnir e Chorny (2010) devido à organização de sistemas de saúde em redes buscar um acesso com integralidade e equidade destaca-se a necessidade de mecanismos de referência. Pois, esta rede de serviços deve funcionar sob um mesmo comando e operar de forma coordenada por meio de mecanismos de referência entre os diferentes níveis existentes de atenção e alimentados por sistemas de informação e transportes.

De acordo com Fratini et al (2008), o sistema de referência e contra referência em saúde, constitui uma das principais mudanças para a melhoria do sistema de saúde, porém este ainda se encontra em um baixo nível de desenvolvimento teórico e prático.

Com base na Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010,

Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contra referência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

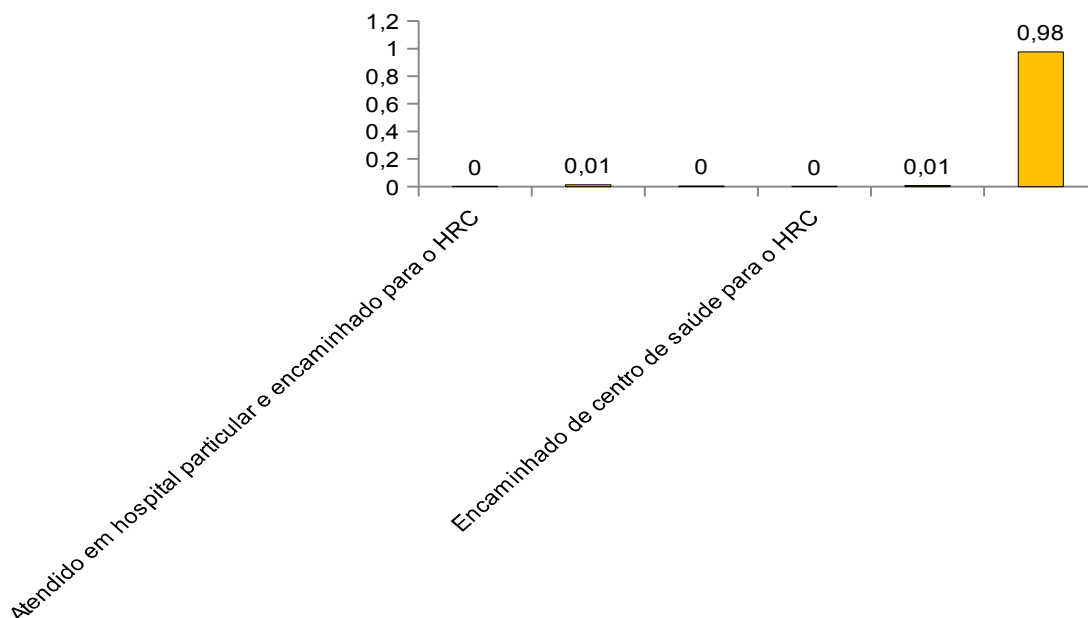
O sistema de referência funciona da seguinte forma: a referência representa um encaminhamento a algum serviço de maior grau de complexidade

que o usuário necessite, como hospitais e clínicas especializadas. A contra referência representa um encaminhamento a algum serviço de menor grau de complexidade (GAIO et al 2008).

A partir dos dados coletados é possível observar (gráfico 9) que a contra referência na emergência do HRC tem sido praticada em pequena escala, pois 80% dos prontuários analisados não constavam registros de contra referência para outros serviços do SUS. Em seguida observa-se 8,9% de pacientes que foram orientados a retornar ao HRC, destaca-se que este número talvez pudesse representar contra referência aos centros de saúde, por exemplo, dependendo do procedimento que o usuário necessitava realizar. Pois, observou-se que na maioria das vezes os retornos ao HRC tratavam-se de retirada de sutura, retirada de imobilização, manutenção de curativos e outros procedimentos considerados de baixo nível de complexidade.

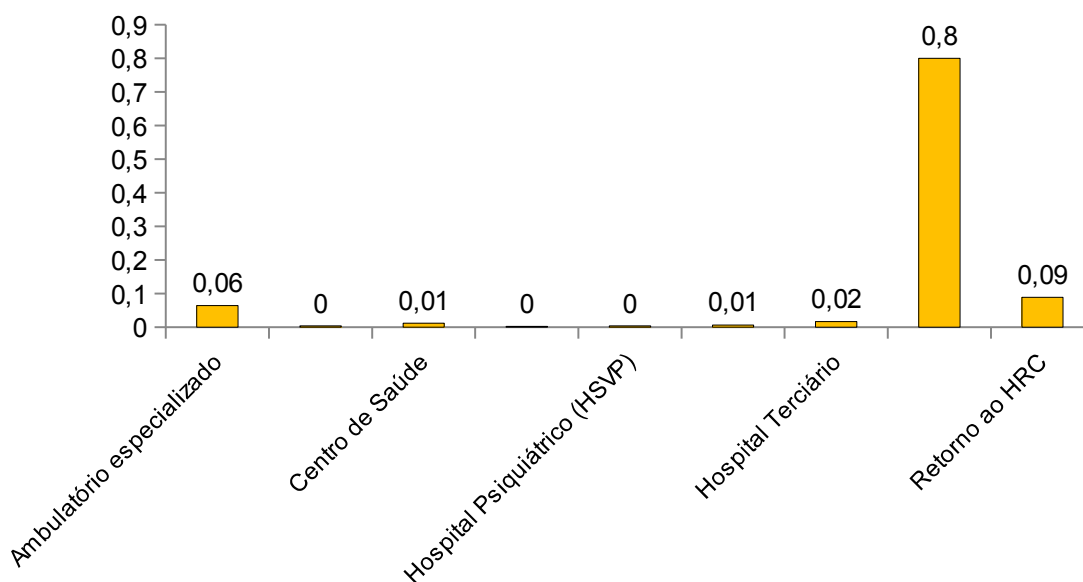
Segue abaixo os gráficos que ilustram os dados referentes a referencia e contra referência observada na emergência do HRC no período de coleta.

Gráfico 8 – Distribuição segundo o sistema de referência dos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.



Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014.

Gráfico 9 – Distribuição segundo o sistema de contra referência dos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia/DF. 2014.



Fonte: Sistema Trakcare®. SES/DF. 2014.

Foram identificados os centros de saúde da Ceilândia com maior demanda de usuários na emergência do HRC através do cruzamento do banco de dados verificados no sistema Trakcare®, com informações a respeito da cobertura de centros de saúde por área de abrangência da Ceilândia, fornecidos pela Diretoria de Atenção Primária a Saúde (DIRAPS) do HRC.

A partir desta relação estabelecida entre os dois bancos, foi possível observar (Tabela 3) que 12% dos pacientes que procuraram a emergência do HRC no período observado são usuários correspondentes ao CSC nº 5. Seguido do CSC nº 3 e o CSC nº 10, ambos com 11%.

Além destes Centros de Saúde citados acima, é possível observar que a distribuição dos pacientes que procuram o pronto socorro do HRC no ano de 2014 foi relativamente aproximada. Destacam-se os CSC Privê, CSC nº 6, CSC nº 4 e CSC nº 9 que foram aqueles que apresentaram menor número de pacientes na emergência do hospital, com 2%, 4%, 5% e 5% respectivamente.

Foi possível perceber que os centros de saúde que apresentaram maior número de usuários no pronto socorro do HRC estão dispostos fisicamente próximos ao hospital. Infere-se que usuários cobertos por esses centros de saúde preferam utilizar como porta de entrada ao sistema de saúde o hospital, devido ao “achismo” de que ele tem maior poder de resolutividade, independente da queixa apresentada. Na via contrária, destacam-se os centros de saúde com menos usuários na emergência do hospital, infere-se também que a justificativa para tal fato seja à distância do hospital, assim recorrendo às unidades de saúde mais próximas de suas residências, como os centros de saúde e a UPA.

Considerando a recente inserção (2014) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na Ceilândia e a partir da disposição geográfica com que a regional está estabelecida, presume-se que os atendimentos de emergência que antes eram somente realizados no HRC foram redistribuídos. É provável que os usuários que residem nas proximidades da UPA, tenham recorrido a essa ao invés do hospital.

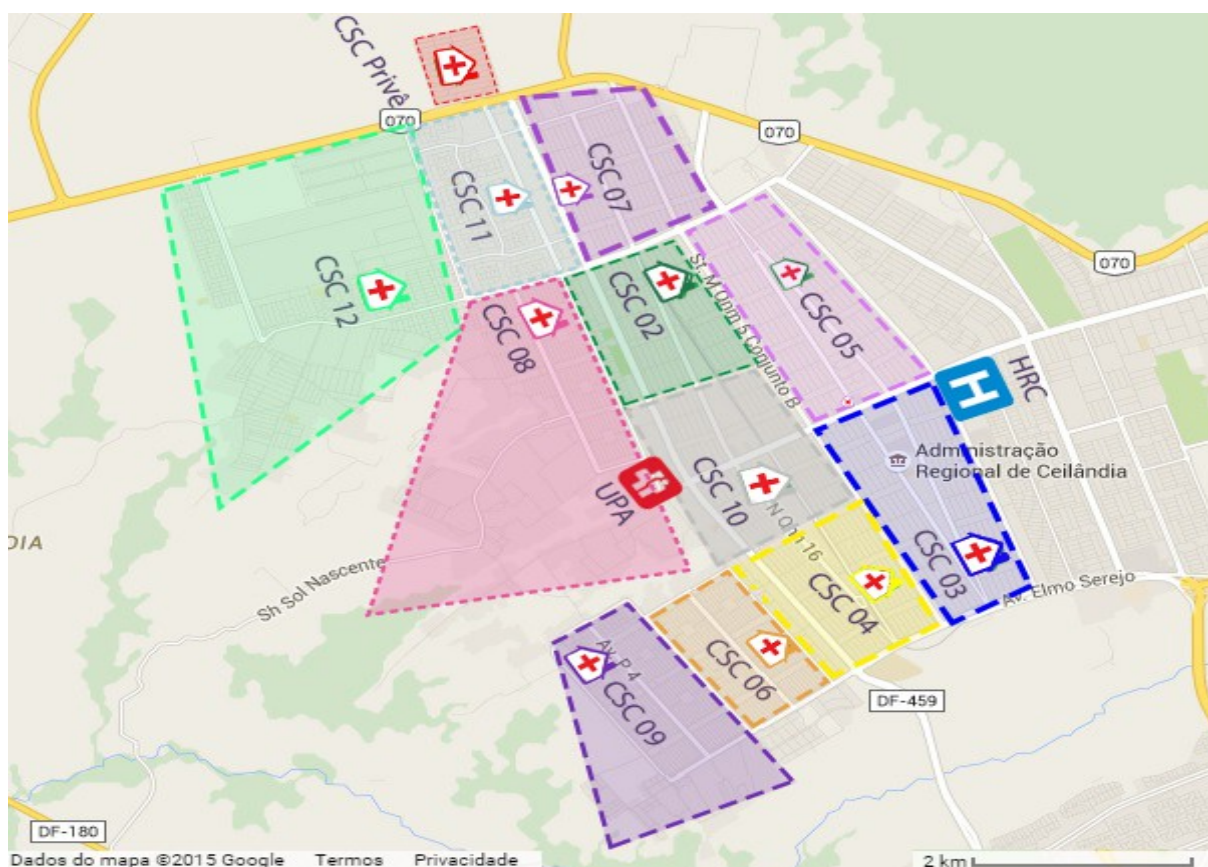
Tabela 3 – Distribuição do número dos usuários atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Ceilândia pelos Centros de Saúde de referência, segundo local de residência na Ceilândia/DF. 2014.

Centros de Saúde	Nº de pacientes	%
PRIVÊ	9	2%
CSC 06	21	4%
CSC 09	25	5%

CSC 04	26	5%
CSC 07	32	6%
CSC 11	41	8%
NÃO CONSTA	43	8%
CSC 12	48	9%
CSC 08	48	9%
CSC 02	51	10%
CSC 03	55	11%
CSC 10	56	11%
CSC 05	60	12%
Total Geral	515	100%

Fonte: Diretoria de Atenção a Saúde (DIRAPS) do Hospital Regional de Ceilândia. SES/DF 2015.

Mapa 1 – Mapa de abrangência dos centros de saúde da Ceilândia/DF. 2015.



Fonte: Diretoria de Atenção a Saúde (DIRAPS) do Hospital Regional de Ceilândia. SES/DF e Google Maps 2015.

Segundo Mendes (2012), a atenção primária à saúde, inserida de forma adequada em um sistema organizado em redes de atenção, é responsável por papéis primordiais que organizam um sistema de atenção à saúde, são alguns destes, a capacidade de solucionar 85% dos problemas de saúde de uma população e ordenar e coordenar os fluxos e contra fluxos dos usuários, produtos e informações na rede. A organização em redes de atenção à saúde do SUS só será viável quando a atenção primária estiver capacitada a desempenhar essas funções principais, assim assumindo um papel de coordenadora e ordenadora das redes de atenção à saúde.

Diante desses dados apresentados sobre o sistema de referência e contra referência na regional de Ceilândia – DF entende-se que existe a necessidade de fortalecimento da APS nesta regional, tendo em vista que é a partir dela que os usuários devem ingressar no SUS para acompanhamento de eventuais doenças, mas também para ações de prevenção e promoção da saúde que fortaleçam a saúde da determinada população, recorrendo à emergência do hospital em casos de real necessidade.

6. Considerações finais

Considera-se a grande importância de estudos que aprofundem esta temática tratada, que busquem respostas para este complexo desafio que é a real organização do SUS em uma lógica de redes de atenção à saúde. É relevante a sugestão de estudos semelhantes que considerem também a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Ceilândia, para uma análise de como este estabelecimento de saúde, relativamente novo na regional, tem atuado e inserido na rede.

Além da consideração dos estudos aqui citados e dos possíveis futuros que tratem deste tema, destacam-se algumas limitações desta pesquisa, tais como a base de dados utilizada (Trakcare®) inferindo que essa possui falhas, como o não preenchimento ou não adequado dos prontuários e a não observação do período de permanência do paciente no pronto socorro.

Cabe destaque ao pequeno número de entradas classificadas como vermelhas de acordo com a classificação de risco. Este tipo de caso demanda em grande parte um transporte específico com protocolo de trauma, inferiu-se que esse tipo de atendimento, que deve ser prestado imediatamente devido ao risco de vida, não tem sido protocolado adequadamente. Não registrando a classificação de risco vermelha no sistema de informação Trakcare®, gerando um viés de informação no sistema que unifica as informações dos pacientes atendidos.

No decorrer do estudo percebeu-se que a atenção primária na Regional de Saúde de Ceilândia encontra-se fragilizada, ou seja, não tem ordenado o sistema pensando em uma lógica de redes de atenção. Não tem se observado a prática do sistema de referência e contra referência, uma vez que a porta de entrada do usuário do SUS tem sido o pronto socorro e não o centro de saúde. Devido ao grande número de atendimentos realizados em um serviço de emergência classificados como não urgentes e também a não continuidade de um usuário no sistema de saúde, pois este é atendido na emergência sem um encaminhamento do nível primário e o mesmo não é devolvido para este nível inicial. O usuário encontra-se solto na rede de atenção à saúde, as esferas do cuidado não tem mantido ligação impedindo um funcionamento relacionado e interligado.

É necessário o fortalecimento da atenção primária, para que essa assuma o seu papel de ordenadora do sistema de saúde. Com ações de prevenção e promoção a saúde os usuários com doenças crônicas sejam acompanhados e amparados de forma contínua não evoluindo a crises agudas e não necessitando

dos serviços de urgência. É imprescindível a comunicação das esferas de atenção à saúde. A atenção primária precisa se comunicar com os níveis superiores de complexidade e vice e versa, para que haja continuidade no cuidado, os sistemas de informação precisam estar alimentados de forma adequada para que o atendimento seja integral e contínuo na lógica do SUS de integralidade e equidade.

Por meio deste estudo foi possível relacionar a ausência do sistema de referência e contra referência na Regional de Saúde de Ceilândia com a APS fragilizada e o pronto socorro do hospital exercendo um papel inadequado na lógica de redes de atenção à saúde. Infere-se que aqueles usuários que residem mais distante do hospital, que caracterizam a parte com poder econômico menor da Ceilândia, pois ficam distantes do centro e até constituem uma área rural, têm recorrido aos centros de saúde que correspondem aos seus endereços ao invés de se deslocarem até o hospital.

Para o fortalecimento da atenção primária também é necessário o conhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a organização do SUS, para que o acesso ao sistema seja de forma adequada. Recorrendo as urgências quando realmente for necessário, remetendo a atenção primária o seu devido valor e a reconhecendo como porta de entrada para uma assistência contínua e baseada nas necessidades de cada usuário.

A realidade do atual sistema de saúde brasileiro é complexa e desafiadora, evidenciando a necessidade de ferramentas de gestão com grande potencial para que cada vez mais se consiga a proximidade da realidade da atenção em saúde ofertada, aos princípios, normas, diretrizes e outras legislações que regem o SUS.

Ao finalizar esse estudo, cabe destacar o profissional de Saúde Coletiva, que por meio de instrumentos diversos é capaz de arquitetar soluções viáveis e eficazes considerando as diversas óticas necessárias para gerir os serviços e sistema de saúde. É almejado que essa pesquisa seja capaz de auxiliar como uma ferramenta de gestão em processos diversos, como avaliação, implementação e criação de ações, políticas e programas que visem melhorar a atenção em saúde ofertada para a população e aproximá-la cada vez mais da teoria que define o SUS.

7. Referências Bibliográficas

Anuário do DF 2014: uma ferramenta de fomento ao turismo e ao desenvolvimento do Distrito Federal / Mark Comunicação, Ano 5, nº 1, agosto 2014, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicado no Diário Oficial nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1, página 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU, 2010.

_____. **Portaria 1.600 de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU, 2011.

_____. **Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU, 2011.

_____. **Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: DOU, 2013.
 DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde – SES/DF. **Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal.** Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2012.

ELIAS, Paulo Eduardo. Sistemas de Saúde: **Disciplina de Atenção Primária à Saúde** I. 2011. Disponível em: <<http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto01.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

FRATINI JRG, SAUPE R, MASSAROLI A. Referência e contra referência em saúde: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saude**. 2008 Jan-Mar; 7(1). 065-072.

GONSAGA R A T, RIMOLI C F, PIRES E A, ZOGHEIB F S, FUJINO M V T, CUNHA M B. Mortalidade por causas externas em uma microrregião do estado de São Paulo. **Rev. Col. Bras**, Cir. 2012; 39(4).

INTERSYSTEMS BRASIL. **Connected Healthcare Information System**. Disponível em: <<http://www.intersystems.com.br/produtos/trakcare>> Acessado em: 29 de junho de 2015.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010 .

LAKATOS, E. M. MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. Ed. São Paulo. Atlas, 1991.
 LAKATOS, E. M. MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. Ed. São Paulo. Atlas 2003.
 MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização PanAmericana de Saúde. 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2012.

OLIVEIRA, Ligia Regina de; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 420-430, Sept. 2008.

RAUSCH, Maria do Carmo Paixão et al. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. **Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências: como implementar o sistema de manchester de classificação de risco em sua instituição de saúde**. 2. ed. Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2015. 18 p. Disponível em: <<http://www.gbcr.org.br/downloads>>. Acesso em: 29 de junho de 2015.

SAISSU, Kauane Mineko Almeida. **Unidades de Pronto Atendimento: uma avaliação normativa das UPAS do Distrito Federal**. 2013. 64 f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Regional de Saúde de Ceilândia**. Catálogos de Estabelecimentos de Saúde de Ceilândia - DF. Apresenta endereços e informações dos Estabelecimentos de Saúde de Ceilândia – DF. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>> Acesso em: 29 de junho de 2015.

SENNA, Mônica de Castro Maia et al. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 1, n. 16, p.1-18, jun. 2010.

SIMONS, Dione Alencar. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família**. 2008. 161 f., il. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

8. Apêndices

Apêndice I – Roteiro de análise

1. Sexo
2. Idade
3. Cidade onde mora
4. UF
5. Endereço
6. Especialidade médica
7. Classificação de risco
8. Queixa
9. Categoria CID – diagnóstico
10. Diagnóstico
11. Procedimentos realizados
12. Referência
13. Contra referência
14. Transporte de chegada

Apêndice II – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA, DF.

Pesquisador: Carla Pintas Marques

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36767014.0.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 837.963

Data da Relatoria: 06/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Pesquisa que busca compreender "A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA, DF".

Objetivo da Pesquisa:

O pesquisador descreve como objetivos do projeto:

Objetivo Primário: Analisar o funcionamento do sistema de referência e contra referência da Regional de Saúde de Ceilândia – DF a partir do atendimento no HRC.

Objetivo Secundário:

- Verificar o perfil do usuário atendido na emergência do HRC.
- Identificar os principais motivos para procura no serviço de emergência do HRC.
- Verificar o funcionamento do sistema de referência e contra referência da Regional de Saúde de Ceilândia, DF.
- Identificar os centros de saúde da Ceilândia com maior demanda de usuários na emergência do HRC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisas isentas de risco são aquelas em que se não são realizadas intervenções, invasão da intimidade ou modificações nas variáveis fisiológicas ou psicológicas dos sujeitos.

Qualquer pesquisa que se proponha acesso a dados de prontuário médico, sujeitos a sigilo profissional, não são isentas de risco uma vez que a intimidade do sujeito pode ser violada.

O presente projeto, por conseguinte, não é isento de risco, contudo, por suas características o risco é mínimo guardando uma RELAÇÃO RISCO X BENEFÍCIO ADEQUADA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa adstrita a análise de prontuários sem entrevistas. Autorizações para obtenção de acesso a prontuários médicos e banco de dados serão solicitados ao gestor local.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto; Projeto de Pesquisa em Português; Critérios de Inclusão e Exclusão; Pedido de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Orçamento do Projeto; Curriculum vitae dos pesquisadores; Termos de Concordância. FORAM APRESENTADOS.

Recomendações:

Observar o sigilo profissional.

Destaque-se que o pesquisador deverá observar o previsto na Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012, Diário Oficial da União, do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE em todas as etapas da pesquisa, inclusive no TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL que deverá citar a presente resolução.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observando-se as recomendações resta APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 20 de Outubro de 2014

Assinado por:
LUIZ FERNANDO GALVÃO SALINAS
(Coordenador)

Apêndice III – Termo de compromisso para uso de dados em arquivo

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Os pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado “A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA, DF”, se comprometem a preservar a privacidade dos usuários cujos dados serão coletados em prontuários, bases de dados do Hospital Regional de Ceilândia. Concordam, e assumem a responsabilidade, de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto.

Comprometem-se ainda a fazer divulgação das informações coletadas somente de forma anônima.

BRASÍLIA, 08 de AGOSTO de 2014.

Prof. Carla Pintas Marques
C.O.R.E.N.-DF 55540
M.M.X. FUB 743445
Carla Pintas Marques
Faculdade de Ceilândia

Geovanna Leal Costa
Geovanna Costa Leal

Apêndice IV – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Carla Pintas Marques, pesquisador responsável pelo projeto “A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA, DF.” declara estar ciente e que cumprirei os termos da Resolução 196 de 09/10/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e declaro: (a) assumir o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações; (b) tornar os resultados desta pesquisa públicos sejam eles favoráveis ou não; (c) informar as unidades de saúde sorteadas como local de pesquisa com os respectivos Termos de Concordância e, (d) comunicar o CEP sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, nos relatórios anuais ou através de comunicação protocolada, que me forem solicitadas.

Brasília, 23 de julho de 2014.

Assinatura:


Prof. Carla Pintas Marques
COREN-DF 55540
Matr. FUB 743445
Jn B - Faculdade de Ceilândia